



บทสรุปผู้บริหาร

การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ครั้งที่ 1 ปี 2559

“ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ไร้รอยต่อ”

Seamless Southern EMS

จัดทำโดย

หัวหน้าทีมภาคใต้และผู้ประสานงานเขต

คำนำ

การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2559 หัวข้อ “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ไร้รอยต่อ” Seamless Southern EMS โดยมุ่งเน้นการรวบรวมผลงานวิชาการของบุคลากรทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องในภาคใต้ การนำเสนอผลงานวิชาการ นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ โพสต์เตอร์ การนำเสนอเรื่องเล่าเร้าพลัง ที่มีคุณค่าและน่าสนใจ รวมถึงเป็นการรวบรวมความสำเร็จในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ ที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานในบริบทของตนได้

การจัดประชุมสามารถดำเนินการได้อย่างสำเร็จ และประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานในภาพรวมส่วนภาคใต้ โดยทีมงานของจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานและสามารถบริหารจัดการการประชุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ได้มีการแลกเปลี่ยนผลงานวิชาการ และความรู้ทางด้านวิชาการ

คณะจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ได้เข้าร่วมการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ได้ดำเนินการสรุปรายละเอียดเชิงบทสรุปผู้บริหาร เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ภาคใต้ให้มีประสิทธิภาพ ต่อไป

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับภาคใต้

1. นพ.ภูมินทร์ ศิลาพันธ์	รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	
2. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ	หัวหน้าภาค
3. นางสาวอุรา สุวรรณรักษ์	ผู้จัดการงานพัฒนาวิชาการ	ผปช. 12
4. นางสุนิสา สุวรรณรักษ์	ผู้จัดการงานพัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์	ผปช. 12
5. นางสาวสุพิชญา ศีลสารรุ่งเรือง	ผู้จัดการงานสาธารณสุขภัย	ผปช. 11
6. นายสุภัทร อภิญญานนท์	หัวหน้างานพัฒนามาตรฐาน	ผปช. 11-12
7. นายไสร็จจะ ชูแสง	หัวหน้างานบริหารระบบสารสนเทศ	ผปช. 11
8. น.ส.ชนนิกานต์ สิงห์พยัคฆ์	พนักงานอาวุโสงานวิจัยและพัฒนา	ผปช. 11
9. นางสาวศันสนา ลิ้มปาภรณ์	ผู้จัดการงานเลขานุการ	-

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	2
รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับภาคใต้	3
บทนำ	5
การเขียนผลงานวิชาการจากงานประจำ (ในงานEMS)	6
ผลงานวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ยากอย่างที่คิด	8
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข	10
ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศและในพื้นที่	12
นโยบายและแนวปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยาน	14
รูปแบบการพัฒนาศูนย์สั่งการจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้	17
ประกวดเรื่องเล่าเร้าพลัง (วิถีชาว EMS)	20
Seamless international EMS care	21
การสื่อสาร ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อรองรับ AEC	25
การสร้างนักกู้ชีพเพื่อสื่อสารสาธารณะ	28
การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	31
การขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ	35
EMS ในพื้นที่เปราะบาง	43
พิธีมอบรางวัลผู้ชนะเลิศผลงานทางวิชาการและคนดีศรีภาคใต้	46

บทสรุปผู้บริหารการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับภาคใต้ ครั้งที่ 1

“ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ไร้รอยต่อ” Seamless Southern EMS

วันที่ 31 สิงหาคม – 2 กันยายน พ.ศ. 2559 โรงแรมไดมอนด์พลาซ่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทนำ

การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ครั้งที่ 1 ประจำปี 2559 หัวข้อ “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ไร้รอยต่อ” Seamless Southern EMS โดยมีวัตถุประสงค์การมุ่งเน้นการรวบรวมผลงานวิชาการของบุคลากรทางด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน นักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องในภาคใต้ การนำเสนอผลงานวิชาการ นวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ (Innovation Presentation) โปสเตอร์ (Poster Presentation) และ (Oral Presentation) การนำเสนอเรื่องเล่าเร้าพลัง ที่มีคุณค่าและน่าสนใจ รวมถึงเป็นการรวบรวมความสำเร็จในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ ที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปปรับใช้ในการทำงานในบริบทของตนได้ รวมถึงเป็นการสร้างโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ใหม่ในการทำงาน และสร้างความตื่นตัวด้านวิชาการ และการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง

สรุปและจัดทำโดย หัวหน้าทีมภาคใต้ และผู้ประสานงานเขต

บทสรุปผู้บริหารจากการประชุม

วันพุธที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

หัวข้อ การเขียนผลงานวิชาการจากงานประจำ (ในงานEMS)

ห้องประกายเพชร 1 เวลา 13.00 – 15.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการเขียนผลงานวิชาการ R2R EMS

สรุปสาระสำคัญ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหลุมพรางการเขียน
วิทยานิพนธ์ต้นฉบับ

1. หลักการ

- 1) Concise การเขียนให้กระชับ
- 2) Clarity
- 3) Precise เขียนให้ชัดเจนว่าจะสื่ออะไรแบ่ง
ให้คนอื่นอ่านการเขียนให้ถูกต้อง การ
จัดเรียงข้อมูล

2. ผลงานวิจัยที่น่าสนใจ มาจากคำถามวิจัยที่น่าสนใจ

คำถามวิจัยที่ดี

- FINER
- PICO

สัมพันธ์กับชื่อเรื่องและวัตถุประสงค์

- คำถามวิจัยไม่ชัดเจน
- ไม่จำเพราะเจาะจง

3. PICO วัตถุประสงค์หลักของการศึกษาควรมีข้อเดียว

4. การเริ่มต้นจากการอ่านผลงานวิชาการ



ผศ.(พิเศษ) นพ.ไพโรจน์ บุญลักษณะศิริ และ ดร.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรง

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. R2R เน้นเรื่องการมองเห็นให้เห็นในเรื่องของช่องว่างที่จะไปสู่การพัฒนา
2. ความแตกต่างของงานวิจัยR2R และงานวิจัยอื่นๆ คือ R2R เป็นงานวิจัยที่นำมาใช้งานไม่ใช่งานวิจัยที่ขึ้นหิ้ง
3. เป้าหมายสูงสุดของชีวิต คือการทำตนให้เป็นประโยชน์ เช่น การช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง มีความรู้สึกว่าคุณค่าที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไป
4. R2R ช่วยทำให้ระบบบริการที่ดีขึ้น ทำให้เกิดกำลังใจและมีความสุขกับสิ่งที่เกิดขึ้น
5. การเขียนงานวิจัย เมื่อเสร็จ ให้ทิ้งไว้ 3 วันแล้วกลับมาอ่านใหม่ จะพบว่าสิ่งที่ได้เขียนไว้มีสิ่งที่จะต้องปรับให้กระชับมากขึ้น หรือ หาเพื่อนช่วยอ่าน

ชนนิกานต์ ลิงห์พยัคฆ์ : ผู้สรุป

หัวข้อ ผลงานวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ยากอย่างที่คิด

ห้องประกายเพชร เวลา 15.00 – 17.00 น.

วัตถุประสงค์

สร้างแรงบันดาลใจ และจุดประกายในการทำงาน R2R EMS

สรุปสาระสำคัญ

การเริ่มทำงาน เพื่อสร้างองค์ความรู้ ในอดีตใช้เวลานานมากในการหาความรู้เพื่อพัฒนางานประจำแต่ในปัจจุบันการทำงานเป็นเรื่องที่สะดวกและง่ายในการค้นหาข้อมูล

ฝากข้อคิด “ถ้าพรุ่งนี้ทุกคนมานำเสนอบนเวทีแห่งนี้จะบ่งบอกอนาคตของ EMS ที่พัฒนาขึ้น”

“คิด ลงมือทำ” เป็นเรื่องหลักในการทำงานวิจัย R2R เริ่มต้นจากคิดว่าเป็นเรื่องที่ยาก และเริ่มลงมือทำ 3 สิ่งในการเริ่มต้น คือ

- 1) แรงบันดาลใจ 2) ต่อมเอ๊ะ!! หรือต่อมสงสัย มาจากข้อมูลที่มี เช่น การนำมาเปรียบเทียบ เพื่อไปสู่การพัฒนา 3) มีความมุ่งมั่น



ผู้นำเสนอ

คุณละบาย ยี่สาร คุณชนิษฐา อรัญดร คุณเกตุกมล ทิพย์พิมพ์วงศ์

ดำเนินรายการโดย

ดร.รัถยา นภิศพลະคี และดร.รัถยาน นภิศพลະคี

ข้อแตกต่าง CQI และ R2R

CQI	R2R
พัฒนางานให้ดีขึ้น	หาคำตอบเพื่อพัฒนาเกิดความรู้ต่อยอด
ประเมินปัญหา สาเหตุ หาทางเลือก	หาสาเหตุของต่อม เอ๊ะ
ใช้ PDCA ไม่เน้นระเบียบวิจัย	มีระเบียบมีหลักฐานอ้างอิงวิชาการ
เน้นผลงานที่ได้คุณภาพ	เห็นความสุข/ผลพลอยได้เป็นงานวิจัย

แนวคิดเครือข่าย : R2R EMS มีการทำร่วมกับพยาบาล แพทย์ และเพื่อนร่วมงาน ทำเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย ทำในสิ่งที่ส่งผลประโยชน์ “เดินทีละก้าว กินข้าวทีละคำ” เมื่ออยากรู้คำตอบให้เริ่มทำ

เริ่มต้นจากข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ จำนวนมาก มีการวิเคราะห์ผ่านกระบวนการคุณภาพ ซึ่งเมื่อไปดูข้อมูลพบว่า มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางศีรษะเป็นจำนวนมาก

R2R ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา และหาสาเหตุร่วมกัน ทหาระเบียบวิธีง่ายๆมาจับ

การทำเครือข่าย ในการทำงานร่วมกัน เช่น ในชุมชน อบต. ท้องถิ่น ระดับมหาวิทยาลัย จังหวัด มีการเก็บงานหน้างานอะไรเป็นจุดสนใจ และร่วมกันทำเป็นทีม เช่น เริ่มจากเรื่องง่าย เขียนเรื่องเล่าเร้าพลัง เป็นต้น การต่อภาพออกมาเป็นภาพจิ๊กซอ คนละชิ้น คนละอัน ก็จะเป็นภาพที่นำไปสู่การพัฒนางาน EMS เมื่อทำงานแล้วเกิดความท้อให้มีการดึงเพื่อนหน้างานมาช่วย

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. R2R เมื่อเริ่มต้นทำแล้วจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น และนักวิจัยได้รับการพัฒนาในตนเองด้วย
2. การมีต่อมเอ๊ะ ในการทำงาน เพื่อที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา
3. การให้เครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
4. อุปสรรค แก้ไข เสริมพลัง จากความมุ่งมั่น
5. เริ่มต้นที่เรา เปลี่ยนความคิดชีวิตเปลี่ยน
6. แผนเหมาะสม เจาะลึก เข้าให้ถึง ตรึงให้นาน หาญกล้า แพ้เป็น

ชนนิกานต์ สิงห์พยัคฆ์ : ผู้สรุป

วันพฤหัสบดีที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2559

พิธีเปิดการประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ ปี 2559

“ระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคใต้ไร้รอยต่อ” Seamless Southern EMS



ปาฐกถา เรื่อง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุข

โดย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง)



ห้องประชุม ประกายเพชร 1 เริ่มเวลา 9.00- 10.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หลักการระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
2. เพื่อชี้แจงนโยบายและมาตรการกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการกรณีภาวะเกิดสาธารณภัย

สรุปสาระสำคัญ

1. ระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใช้หลักการ ๒P๒R โดยต้องการจัดการให้ครอบคลุมทุกมิติทั้ง system, structure/stuff, staff
2. ใช้หลักการกรุงเทพที่เป็นนโยบาย ให้นำไปสู่การปฏิบัติ มี 7 ข้อ ดังนี้ 1) การส่งเสริมบูรณาการด้านสาธารณสุข อย่างเป็นระบบ 2) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) กระตุ้นการลงทุนเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติเช่น RTI รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานและระบบปฏิบัติการ 4) จัดการศึกษาและฝึกอบรมด้านสาธารณสุข

- 5) บูรณาการข้อมูลเกี่ยวกับภัยพิบัติ 6) สนับสนุนความร่วมมือทุกระดับและแนวราบ 7) ส่งเสริมด้านการเชื่อมโยงประสานงาน นโยบายระดับชาติ ท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ กฎหมาย ระเบียบ และการจัดการองค์กร
3. มาตรการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเกิดสาธารณภัย ดังนี้ 1) จัดเตรียมความพร้อมบุคลากรและสถานพยาบาลทุกระดับในการรับมือกับสาธารณภัย 2) จัดหาและสำรองทรัพยากร/พัฒนาทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ 3) พัฒนาระบบสื่อสารและสั่งการ 4) พัฒนาระบบข้อมูลทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน 5) เป็น IC /หน่วยงานหลักด้านบัญชาการเหตุการณ์ในการตอบสนองต่อสาธารณภัย 6) ประสานและสั่งการ 7) ประสานระดมสรรพกำลังและทรัพยากร 8) จัดให้มีระบบการดูแลทั้ง Pre hospital In hospital inter hospital 9) พัฒนาระบบฐานข้อมูลความเสียหาย/ สถานบริการ/ ระบบรายงานที่รวดเร็ว 10) พัฒนาบริการสาธารณสุข และประชาชน

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. ให้สถานพยาบาลเน้นในเรื่อง ๒P คือ การป้องกัน และการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน ในส่วนของ response นั้นทำได้ดีอยู่แล้ว แต่ต้องการให้จัดระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อจริงๆ รวมทั้งการฟื้นฟูหลังเกิดเหตุ
2. นอกจากนี้ยังมีประเด็นปัญหาชาวต่างชาติที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศและไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการส่งตัวกลับประเทศ
3. ต้องการให้มีมาตรฐานของ ER เพื่อให้การบริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ ER มีคุณภาพ

นส.อุรา สุวรรณรักษ์ : ผู้สรุป

บรรยาย เรื่อง ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศและในพื้นที่



โดย รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
(นายแพทย์ภูมิรินทร์ ศิลาพันธ์)

ห้องประกายเพชร 1 เวลา 10.00-11.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อชี้แจงทิศทางนโยบายและแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3

สรุปสาระสำคัญ

1. วิสัยทัศน์หรือภาพการแพทย์ฉุกเฉินไทยใน 5 ปี “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในภาวะปกติและสาธารณภัย ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน โดยในแผนหลักฉบับที่ 3 มี 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) พัฒนาคุณภาพการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน 3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ 5) การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน โดยในแผน ๓ เน้นการให้ประชาชนเก่งขึ้น เพื่อ detect และแจ้งเหตุได้เร็ว
2. บทบาทของ Star of life ต้องให้ความรู้ประชาชน เพื่อ detect ให้เร็ว และแจ้งเหตุ (report) ให้เร็ว ซึ่งหาก 2 ขั้นตอนแรกเร็ว จะทำให้การ Response ได้รวดเร็วและทันท่วงที ดังนั้น หัวใจสำคัญ คือ ต้องให้ประชาชนเก่ง โดยเฉพาะในพื้นที่พิเศษ โจทย์ของเรา คือ จะทำอย่างไรให้ประชาชนเก่งขึ้น
3. ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งมีแผนพัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีแนวทางและมาตรการในการผลิตและพัฒนากำลังคน รวมทั้งการธำรงรักษาให้อยู่ในระบบ
4. ความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีจำนวนการปฏิบัติฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณา performance ในรายจังหวัด มีการดำเนินงานและมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ประเด็นที่ยังมีโอกาสนในการพัฒนาอีกมากเช่นเดียวกัน เมื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และค้นหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุเพื่อนำมาวางแผนแก้ปัญหาให้ตรงประเด็น ตัวอย่างของจ.เชียงใหม่ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ วางแผนพัฒนา โดยสพฉ.ได้สนับสนุนงบปิด GAP พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน จึงต้องการให้จังหวัดต่าง ๆ ได้ดำเนินการในลักษณะนี้
5. ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการของอปท. ซึ่งเป็น key success ที่จะทำให้การพัฒนาความยั่งยืน เพราะมีทรัพยากรสนับสนุนเพียง โดยบุคลากรสาธารณสุขจะช่วยสนับสนุนองค์ความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ได้คุณภาพการแพทย์ฉุกเฉินดีขึ้น

6. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นระดับเร่งด่วน แต่การสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินส่วนใหญ่ยังเป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (Frist Responder) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาชุด BLS เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สั่งการสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
7. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิผล จำเป็นต้องประสานความร่วมมือและบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วนในพื้นที่
8. นอกจากการพัฒนาความรู้ทักษะหลักแล้ว ยังจำเป็นต้องมีหลักสูตรเฉพาะที่สอดคล้องกับการจัดการความเสี่ยงในแต่ละบริบทของพื้นที่ โดยพื้นที่ต้องมีการวิเคราะห์และเสนอความต้องการ เพื่อให้สหพันธ์สนับสนุน ตัวอย่างเช่น บางพื้นที่อาจจำเป็นต้องการฝึกอบรม confine space medicine, terror attack, PHTLS หลักสูตรเข้าดำ, การจัดการภัยพิบัติ

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. การจัดประชุมในระดับภาคเป็นเรื่องที่ดี ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งองค์ความรู้และแนวปฏิบัติในมิติของพื้นที่ ตัวอย่างเช่น แนวปฏิบัติในการเข้าพื้นที่ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บกรณีสถานการณ์ความไม่สงบที่มีอยู่เดิม คือ ต้องให้ scene safe ก่อน กู้ชีพจึงจะเข้าพื้นที่ แต่ทีมกู้ชีพในพื้นที่ให้ข้อมูลว่า หากให้หน่วยงานความมั่นคงเข้าพื้นที่ก่อน scene อาจจะไม่ safe หรือทีมกู้ชีพอาจจะเข้าพื้นที่ได้ล่าช้ากว่าเดิม ซึ่งผู้บาดเจ็บอาจได้รับอันตรายต่อชีวิตมากขึ้น
2. จุดเน้นของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 คือ 1) การทำให้ประชาชนเก่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากลำบาก 2) การทำงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน 3) การวิเคราะห์และเสนอความต้องการหลักสูตรเฉพาะด้านที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในบริบทของพื้นที่ โดยสหพันธ์เป็นผู้สนับสนุน/พี่เลี้ยงให้พื้นที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นส.อรุรา สุวรรณรักษ์ : ผู้สรุป

บรรยาย เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยาน



โดย ผศ.นพ.ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ห้องประชุมประกายเพชร 1 เวลา 11.00 - 12.00 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบแนวปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยานของสพฉ. และพื้นที่ภาคใต้
2. การเตรียมความพร้อมในการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยานตามแนวปฏิบัติของพื้นที่ภาคใต้

สรุปสาระสำคัญ

1. แนวคิดการลำเลียงทางอากาศยาน จะต้องพิจารณาองค์ประกอบ

- 1.1 Area Base เช่น การขอใช้อากาศยานจากพื้นที่ไหนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วทันท่วงที
- 1.2 Area Context เช่น พื้นที่ Terrorist, Island หรือพื้นที่เดินทางเข้าถึงได้ยาก
- 1.3 การประสานงานและความร่วมมือในการขอใช้ทรัพยากร
- 1.4 การเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อ
- 1.5 มาตรฐานและหลักสูตรการฝึกอบรม
- 1.6 การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง PDCA

2. มีการประชุมเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการลำเลียงอากาศยาน 2 ครั้ง มีผลสรุป ดังนี้

- 2.1 ควรมีศูนย์อำนวยการเคลื่อนย้ายทางอากาศยานของภาคใต้ คล้ายภาคเหนือ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงานแทนที่จะไปกระจุกตัวที่สพฉ. โดยศูนย์อำนวยการนี้จะอยู่จ.สงขลา โดยความร่วมมือของ ๓ หน่วยงาน คือ รพ.มอ., รพ.หาดใหญ่ และสสจ.สงขลา
- 2.2 MOU เพื่อขอใช้ทรัพยากรอากาศยาน กับกองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ เพื่อให้เหล่าทัพบรรจุเรื่องนี้เป็นภารกิจ
- 2.3 MOU กับปตท.สผ. ในการขอใช้อากาศยาน และขออนุญาตจาก United Offshore Aviation เพื่อให้บริการลำเลียงทางอากาศยานทั้งภาคใต้
- 2.4 ขออนุญาตติดตั้งสัญญาณ Air Band, สายด่วน (hot line) จากกรมไปรษณีย์โทรเลข การติดต่อกับศูนย์วิทยุการบิน และท่าอากาศยาน
- 2.5 มีการซ้อมแผนร่วมกันในการลำเลียง รวมทั้งการปรับปรุงลานจอดเครื่องบิน/เฮลิคอปเตอร์ให้ได้มาตรฐาน

- 2.6 ขอความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกเคลื่อนที่ พร้อมบุคลากรจากกองบิน 56 ในการปฏิบัติการอำนวยความสะดวกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก สำหรับกรณีภัยพิบัติ
- 2.7 การร้องขอการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินอากาศยาน เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ โดยเริ่มดำเนินการจากผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้จริงในพื้นที่ เช่น STEMI stroke Trauma Emergency (Aneurysm) และถอดบทเรียน เพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 2.8 จัดทำร่างคู่มือแนวปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจากอากาศยานของภาคใต้
- 2.9 มีการประชุมเป็นประจำ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3. การฝึกอบรม

- 3.1 การเตรียมบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ให้สามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย
- 3.2 วิธีการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายทางอากาศยาน กรณีที่เฮลิคอปเตอร์/อากาศยานไม่มีความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ประจำเครื่อง

4. การฝึกซ้อมการปฏิบัติการต่าง ๆ

- 4.1 ฝึกซ้อมกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ตั้งแต่การ activate DC, การขอใช้อากาศยาน
- 4.2 การใช้สื่อสารซึ่งมีหลายช่องทาง เช่น line group, วิทยุสื่อสาร, โทรศัพท์ ปัจจุบันช่องทางการสื่อสารที่ดีที่สุด คือ line group ใช้ทั้งการปรึกษาอาการ และการติดตามรายงานผล
- 4.3 มีการถอดบทเรียนจากการฝึกซ้อม เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการลำเลียงทางอากาศยาน ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ตัวอย่างเช่น รถพยาบาลต้องมารอรับผู้ป่วยจากอากาศยาน การเตรียมน้ำมันสำรองสำหรับอากาศยานในเที่ยวกลับ การเตรียมบุคลากร

5. แนวปฏิบัติ

- 5.1 เกณฑ์การขอใช้การลำเลียงทางอากาศยาน พอป.ตัดสินใจร้องขอ ประสานอากาศยานขอใช้อากาศยาน
- 5.2 ลักษณะการลำเลียงทางอากาศยาน เช่น จากจุดเกิดเหตุ ส่งต่อระหว่างรพ. เคลื่อนย้ายจากจุดเปราะบาง ลำเลียงยา เวชภัณฑ์ บุคลากร ขนย้ายอวัยวะหรือชิ้นส่วน
- 5.3 แนวปฏิบัติลำเลียงทางอากาศยาน
 - 5.3.1 แนวปฏิบัติของสพด. : พอป.ศูนย์ตัดสินใจขอใช้อากาศยาน ประสานอากาศยานในพื้นที่ กรณีจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ ให้สพด.ช่วยประสานขอใช้อากาศยานในพื้นที่อื่น
 - 5.3.2 แนวปฏิบัติของภาคใต้ พอป.ศูนย์ตัดสินใจขอใช้อากาศยาน ประสานอากาศยานในพื้นที่ กรณีจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ แจ้งศูนย์อำนวยความสะดวกที่ปฏิบัติงานรพ.มอ.(มีทีมที่ปรึกษาจาก 3 หน่วยงาน คือ รพ.มอ., รพ.หาดใหญ่ และรพ.สงขลา) ทำหน้าที่พอป.ตัดสินใจ และประสาน activate อากาศยาน และหากดำเนินการไม่ได้ ให้สพด.ประสานขอใช้อากาศยาน

5.3.3 มี checklist ในการประเมินรับส่งต่อผู้ป่วยด้วยการลำเลียงทางอากาศยาน

5.3.4 มี checklist ในการประเมินความพร้อมบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในการลำเลียงทางอากาศยาน

5.3.5 แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการเบิกจ่ายงบประมาณ สามารถ download จากเว็บไซต์สพฉ.

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. ขอให้สพฉ.พิจารณาใน MOU ให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ
2. ควรมีการประชุมการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยาน เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้จากผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากนัก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้จริงในพื้นที่ และถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น

นส.อุรา สุวรรณรักษ์ : ผู้สรุป

เสวนาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศูนย์สั่งการจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้

โดย

1. นพ.ภควัต จุลทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่
 2. นพ.ธีรศักดิ์ วิริยานนท์ โรงพยาบาลเกาะสมุย
- ผู้ดำเนินการเสวนา :
นพ.จีรพล เหล็กเพชร โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



ห้องทับทิม 1 เวลา 13.00 – 15.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอรูปแบบการพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการที่สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่าง

สรุปสาระสำคัญรูปแบบการพัฒนาศูนย์สั่งการจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้

1. รูปแบบการพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ในรูปแบบที่แตกต่างกันในบริบทภาคใต้
 - ศูนย์นเรนทรอ่าวไทย โรงพยาบาลเกาะสมุย
 - ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสงขลา

นพ.ธีรศักดิ์ วิริยานนท์ โรงพยาบาลเกาะสมุย

ศูนย์นเรนทรอ่าวไทย รพ.เกาะสมุย

1. ความเป็นมาศูนย์นเรนทรอ่าวไทย แยกออกมาจากศูนย์ตาปี ตั้งแต่ปี 2555
2. การพัฒนาการปฏิบัติการในการสั่งการปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น โดยแยกศูนย์นเรนทรอ่าวไทยออกจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อรองรับการรับแจ้งเหตุและสั่งการในพื้นที่พิเศษในพื้นที่ 3 เกาะ คือ เกาะสมุย เกาะเต่า เกาะพะงัน รับผิดชอบการปฏิบัติการทั้งทางบก และทางน้ำ โดยปฏิบัติงานเชื่อมโยงกับศูนย์ตาปีได้เป็นอย่างดี
3. การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์นเรนทรอ่าวไทยควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรภายในศูนย์ฯ ให้เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการ รวมทั้งการวางแผนเพื่อรองรับภัยพิบัติ/สาธารณภัย โดยจัดตั้งศูนย์สื่อสารสำรอง (Back up) ในกรณีที่ระบบสื่อสารล่ม

นพ.ภควัต จุลทอง โรงพยาบาลหาดใหญ่

ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสงขลา

1. จากผลการศึกษาสถานการณ์ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
2. รูปแบบการพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 3 รูปแบบ
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - โรงพยาบาล
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานในรูปแบบที่แตกต่างกัน
4. ข้อเสนอแนะ
 - กำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนา
 - การกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการ
 - การแบ่งระดับ Level ของศูนย์ตามจำนวนปฏิบัติการ
 - A. > 10,000
 - B. 10,000 – 20,000
 - C. 20,000 – 30,000
 - D. > 30,000
 - โครงสร้างทางกายภาพ
 - ธรรมนูญบาล
5. รูปแบบการดำเนินการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ อบจ.สงขลา
6. มีทรัพยากรในการพัฒนาจำนวนมาก
 - ผลการดำเนินงานที่เพิ่มมากขึ้นหลังจากการเปลี่ยนย้ายศูนย์ฯ
7. การพัฒนา smart city digital EMS Project ในจังหวัดสงขลา
8. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อรองรับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า
9. สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการย้ายศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - ความพร้อมในแต่ละพื้นที่
 - แนวโน้ม
 - ความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่
 - การควบคุมคุณภาพการสั่งการ audit

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. การประชาสัมพันธ์ วรรณคดี สนับสนุนให้ประชาชนใช้ application เพื่อระบุตำแหน่ง และข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ชัดเจนในการส่งชุดปฏิบัติการออกไปปฏิบัติการอย่างเหมาะสม
2. เชื่อมโยงภายในจังหวัดให้เชื่อมต่อการประสานการทำงานร่วมกันทั้งระบบ Pre hos และ ระบบส่งต่อเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาทั้งระบบ
3. การพัฒนาศักยภาพและความก้าวหน้าของบุคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและทั้งระบบ

สุวภัทร อภิภูญานนท์ : ผู้สรุป

ประกวดเรื่องเล่าเร้าพลัง (วิชาชีพ EMS)

โดย

1. ดร.รัถยานภิศ พลະศักดิ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
2. ดร.บวรลักษณ์ ทองทวี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. พญ.กฤตยา พรหมรัตน์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ห้องทับทิม 1 เวลา 15.00 – 18.00 น.

15 เรื่องเล่าเร้าพลัง เรื่องละ 15 นาที

- S 1. *ถ้ามาไม่ทัน...ต้องตายแน่ๆ* โดยนายฟาอิส วาละแตะ โรงพยาบาลอบจ.ภูเก็ต
- S 2. *เธอผู้เสียสละ* โดยนางสาวเบญจกษณ์ กะลันตัน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่
- S 3. *ลมหายใจนี้เพื่อน้อง* โดยนายคัสราฟีย์ ดอมะ โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
- S 4. *กำแพง* โดยนางสาวนุรอามานี แยการิซง โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
- S 5. *ชีวิตคนเป็นเดิมพัน* โดยนายกิตติพงษ์ จันทรพล โรงพยาบาลสงขลา
- S 6. *ยาวิเศษ* โดยนางสาวจันทร์จิรา สอนบุญทอง โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง
- S 7. *EMS...ชาลุย* โดยนางสาวจตุติมา อ่อนชื่นจิตร โรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง
- S 8. *ช่วยชีพฝ่ามรสุม* โดยนายพงษ์ธร แก้วผืนิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะหลีเป๊ะ จังหวัดสตูล
- S 9. *หน่วยกู้ชีพทางน้ำ เกาะลิบง* โดยนายสุวิทย์ สารสิทธิ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะลิบง จังหวัดตรัง
- S 10. *1669 เป็นได้มากกว่าที่คิด* โดยนางทิวา รัตนรัตน์ โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- S 11. *ฟ้าหลังฝน* โดยนางสายใจ ภิญโญ โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒน์ จังหวัดพังงา
- S 12. *เจาะไอร้อง ...เจาะไอรัก* โดยนางสาวอามีเนาะห์ ดามูนิะ โรงพยาบาลเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส
- S 13. *หัวใจแห่งความสำเร็จ* โดยสุวินทนีย์ ทวีตา และสุภณิดา งามศรี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) จังหวัดพัทลุง
- S 14. *กู้ชีพ กู้ใจ กู้ได้ทุกสถานการณ์* โดยนางสาวไพลิน ไพเมือง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- S 15. *นาทีสุดท้ายของชีวิต..ที่คิดถึง 1669* โดยนางลัดดา ทองตัน โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

สุภัทร อภิญญานนท์ : ผู้สรุป

เสวนาเรื่อง Seamless international EMS care

- วิทยากร
1. นายแพทย์จักรพงษ์ จันทนา โรงพยาบาลสตูล
 2. นายแพทย์เลิศศักดิ์ สีนะนิธิกุล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
 3. นายแพทย์เอกกิตติ์ สุรการ โรงพยาบาลกรุงเทพ

ผู้ดำเนินรายการ : นายแพทย์จักรกฤษ สุวรรณเทพ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ห้องทัพบทิม 2 เวลา 13.00 – 14.30 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อบอกเล่าประสบการณ์การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของของแต่ละพื้นที่ที่เป็นการบริการแบบไร้รอยต่อ

สรุปสาระสำคัญ

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศยาน (นายแพทย์เอกกิตติ์ สุรการ)

1. สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการลำเลียงทางอากาศยาน

1.1 ก่อนการลำเลียง

- 1.1.1 กลุ่มผู้ป่วย และสภาพผู้ป่วยอย่างไรสามารถลำเลียงทางอากาศยานได้
- 1.1.2 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการเตรียมลำเลียงทางอากาศยาน ไม่ว่าจะเป็นความเพียงพอของออกซิเจน อุปกรณ์การยึดตรึง อุปกรณ์การเคลื่อนย้าย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

1.2 ขณะลำเลียง

- 1.2.1 Stress of flight ขณะลำเลียงทางอากาศยาน เช่น Hypoxia, gas expansion, Noise, Vibration, Weather and terrain
- 1.2.2 ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นขณะลำเลียงทั้งต่อเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย เช่น ENT injury, Abdominal distention
- 1.2.3 Flight Safety เช่น การ Fixation ทั้งตัวผู้ป่วย อุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีการยึดตรึง รวมทั้งการกำหนดตำแหน่งทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน อุปกรณ์ทางการแพทย์จะจัดอย่างอย่างไรให้สะดวกในการใช้งานและปลอดภัย

2. อากาศยานที่สามารถลำเลียงทางอากาศ

2.1 HEMS : EC 135T2i

2.2 Air ambulance (ที่มีอุปกรณ์พร้อม เช่น ventilator, Defibrillator, Suction) เช่น Air ambulance ของ รพ กรุงเทพ :ซึ่งมี service area พื้นที่ กรุงเทพ และจังหวัดใกล้เคียง

2.3 เครื่องบิน jet

2.4 C 130 มีพื้นที่กว้าง แต่ไม่สามารถใช้งานได้ในภาวะปกติทั่วไป

2.5 เครื่องบินพานิชย์เช่าเหมาลำ

2.6 เครื่องบินพานิชย์ทั่วไป กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกับสายการบินพานิชย์ ต้องประสานกับสายการบินเพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการช่วยเหลือที่เหมาะสม

สรุป

1. ควรมีมาตรฐานแนวปฏิบัติในการลำเลียงทางอากาศยาน (ปัจจุบันมีของ สพฉ update ปี 2557)
2. ควรมีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการลำเลียงทางอากาศยาน
3. พื้นที่ที่มีโอกาสลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยาน ควรมีการฝึกซ้อมการเตรียมความพร้อมทั้งบุคลากรและทรัพยากร

ประเด็นที่ 2 ระบบการส่งต่อในพื้นที่ชายแดนจังหวัดสตูล (นายแพทย์จักรพงษ์ จันทนา)

1. จังหวัดสตูลมีพื้นที่ติดชายแดนประเทศมาเลเซียใน 2 รัฐ คือ รัฐเปอร์ลิส (ด้านวังประจัน) และ ลังกาวี รัฐเคดดาห์
2. ทำไมต้องมีแนวปฏิบัติระบบส่งต่อจังหวัดชายแดนระหว่างประเทศ

จุดเริ่มต้นของการวางแผนแก้ปัญหา เนื่องจากอุบัติเหตุชาวมาเลเซียมาเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่จังหวัดสตูล มีทั้งผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ซึ่งผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบจะดำเนินการอย่างไรในการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้บาดเจ็บเหล่านี้ ทั้งในส่วนของ การรักษาพยาบาล และการบริหารจัดการด้านอื่นๆ โรงพยาบาลสตูลจึงได้ประสานกับทางโรงพยาบาลในรัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย เพื่อวางแผนปฏิบัติร่วมกัน โดยมีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

- 1) ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทางประเทศมาเลเซีย โดยเริ่มต้นจากการไปเยี่ยมเยียนเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับโรงพยาบาลในรัฐที่ติดชายแดน คือ โรงพยาบาลในรัฐเปอร์ลิส
- 2) กำหนดกลุ่มผู้ป่วย และ Transfer criteria ร่วมกัน
- 3) กำหนดแนวปฏิบัติร่วมกัน โดยเริ่มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (Stable Patient) รวมทั้งกำหนดแบบฟอร์มการส่งต่อระหว่างรัฐกับโรงพยาบาลสตูล และ checklist ต่างๆ

ปัญหาที่พบ

1. แนวปฏิบัตินี้ เป็นแนวปฏิบัติระหว่างโรงพยาบาลสตูลกับโรงพยาบาลในรัฐเปอร์ริสเท่านั้น ดังนั้นเมื่อมีปัญหาผู้ป่วยที่อยู่ในรัฐอื่น ที่ต้องการกลับมารักษาตัวในประเทศไทย ก็ไม่สามารถใช้แนวปฏิบัตินี้ได้
2. มีข้อจำกัดสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ซึ่งจะใช้นโยบายนี้ค่อนข้างจะมีข้อจำกัด เนื่องจากมีปัจจัยด้านกฎหมายมาเกี่ยวข้อง
3. ปัญหาด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหลายช่องทางการสื่อสารข้ามประเทศไทยได้ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร Email, line พบว่าการติดต่อด้วยระบบ line มีประสิทธิภาพที่สุด

สิ่งที่ควรต้องมีการพัฒนาต่อไป

1. การแก้ปัญหาการใช้รถพยาบาลที่เป็นยานพาหนะในการส่งต่อ ที่จะนำผู้ป่วยส่งต่อข้ามแดนระหว่างประเทศ ซึ่งกฎหมายของแต่ละประเทศแตกต่างกัน
2. แนวปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ต้องส่งต่อระหว่างประเทศ
3. แนวปฏิบัติกรณีรถพยาบาลเกิดอุบัติเหตุขณะส่งต่อระหว่างพรมแดน ทั้งในส่วนของรถและเจ้าหน้าที่ที่ไปกับรถพยาบาล
4. แนวปฏิบัติกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต
 - 4.1 เสียชีวิตระหว่างการส่งต่อข้ามแดน
 - 4.2 เสียชีวิตหลังจากการรับไว้รักษาของแต่ละประเทศ
5. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ก้าวต่อไปที่จะดำเนินการ

1. ประสานกับโรงพยาบาลของรัฐของประเทศมาเลเซียชายแดนทางฝั่งลันกาวิ เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยในส่วนที่ติดต่อกับสตูลทางลันกาวิ
2. กรณี Sea disaster จะดำเนินการร่วมกันอย่างไร
3. นำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปขยายผลในจังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ที่มีพื้นที่ติดต่อกับมาเลเซีย

ประเด็นที่ 3 การดูแลผู้ป่วยต่างชาติของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (นายแพทย์เลอศักดิ์ ลินะนิธิกุล)

การเตรียมการระบบ EMS สำหรับชาวต่างชาติ

1. Communication : Emergency number , Radio communication, Internet, Warning system

2. coordination ระหว่างรัฐบาลกับรัฐบาลแต่ละประเทศ ซึ่งมีความสำคัญมาก (น่าจะต้องตั้งบังคับให้ทำประกันก่อนเข้าประเทศ)
 - 2.1 The navy : Marine commander
 - 2.2 Marine Police, Local government organization
 - 2.3 Hospital private public and private hospital
 - 2.4 EMS network Provincial Hub National International
3. Transfer & Transportation เช่น การรับผู้ป่วยในเรือ
4. มีศูนย์ประสานระหว่างประเทศ สำหรับการจัดการด้านเอกสารผู้ป่วยชาวต่างชาติ ข้อมูลปี 2558 พบว่ามีผู้ป่วยต่างชาติจาก 53 ประเทศ เป็นชาวเยอรมันมากที่สุด จำนวน 9,826 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยในจำนวน 704 ราย นอกจากนี้ ยังมีการบริหารจัดการผู้เสียชีวิตที่เป็นชาวต่างชาติ รวมทั้งชาวต่างชาติที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาระดับนโยบาย
 - 1.1 MOU การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ
 - 1.2 ขั้นตอนและแนวทางการดำเนินการ
 - 1.3 งบประมาณ
2. ปัญหาข้อกฎหมาย
3. ปัญหาทางเทคนิคในระดับปฏิบัติการ
 - 3.1 อัตรากำลัง
 - 3.2 การสื่อสาร

สุนิสา สุวรรณรักษ์ ผู้สรุป

หัวข้อ การสื่อสาร ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อรองรับ AEC

ห้องทับทิม 2 เวลา 14.30 –17.00 น.

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบการใช้คู่มือการซักประวัติผู้ป่วยต่างชาติ 3 ภาษาที่ช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ชาวต่างชาติที่ใช้ภาษาอังกฤษ จีน พม่า โดยอาศัยกระบวนการ workshop



วิทยากรกลุ่ม ประกอบด้วย นพ.วิรัช คุปต์กาญจนกุล โรงพยาบาลกระบี่/ พญ.รจเรจ จันท์สร้ง โรงพยาบาลท่าศาลา นครศรีธรรมราช /พญ.ธัญญา ปิยะกฤษร โรงเรียนพยาบาลวชิระภูเก็ต

มีผู้สนใจเข้าร่วม workshop ประมาณ 60 คน

สรุปสาระสำคัญ กระบวนการ workshop

1. แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยชาวอังกฤษ ผู้ป่วยชาวจีน ผู้ป่วยชาวพม่า
2. แจกคู่มือการซักประวัติผู้ป่วยต่างชาติให้กับผู้เข้าร่วม workshop ทุกคนโดยวิทยากรแต่ละกลุ่มชี้แจงการใช้คู่มือ
3. ให้ผู้เข้าร่วม workshop แต่ละกลุ่มทดลองสื่อสารซักประวัติผู้ป่วยโดยใช้คู่มือฯ และให้รายงานอาการและข้อมูลที่ซักประวัติได้ ซึ่งวิทยากรจะเฉลยว่าถูกต้องหรือไม่

ทั้งนี้กำหนดให้ชาวต่างชาติแสดงเป็นผู้ป่วยมีอาการต่างๆ ดังนี้

1. เจ็บแน่นหน้าอก เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. อาเจียนเป็นเลือดสด
3. อ่อนแรงครึ่งซีกด้านซ้าย ขยับแขนขาไม่ได้
4. แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก
5. ไข้ ท้องเสีย ถ่ายเหลว เพ็ลลีย
6. พัดตกที่สูง นอนอยู่กับพื้น ปวดหลัง ขยับแขนขาไม่ได้
7. ถูกสุนัขกัด มีแผลที่แขนด้านขวา ปวดมีเลือดออก
8. อุบัติเหตุจากรถร มีแผลที่ขาขวา นอนกับพื้น ไม่หมดสติ ปวดขาขวา เดินไม่ได้
9. ถูกไฟฟ้าช็อต แผลไฟไหม้ที่ฝ่ามือเล็กน้อย ปวด



ทดลองสื่อสารกับผู้ป่วยชาวอังกฤษโดยใช้คู่มือฯ

ทดลองสื่อสารกับผู้ป่วยชาวจีนโดยใช้คู่มือฯ



ทดลองสื่อสารกับผู้ป่วยชาวพม่าโดยใช้คู่มือฯ


ความเห็นของผู้เข้าร่วม workshop เห็นว่าคู่มือฯนี้จะช่วยให้สามารถสื่อสารกับชาวต่างชาติได้ง่ายขึ้น และช่วยเหลือได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ควรแจกจ่ายให้ทุกหน่วยปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะจากผู้ร่วม workshop และวิทยากร

1. ให้จัดหมวดหมู่ให้ดูง่ายขึ้น
2. หากถามผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคประจำตัวซึ่งมีในคู่มือ แต่เมื่อเขาตอบว่าเป็นโรคอะไร จะฟังไม่รู้เรื่อง
3. ยังขาดบางคำที่จำเป็น เช่น ขอให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งๆ
4. เสนอให้เพิ่มคำและทำเป็นเล่มบางๆ เพื่อไว้ในรถกู้ชีพ
5. ยังมีคำบางคำผิดพลาด
6. ต้องมีการนำคู่มือไปศึกษาเพิ่มเติมก่อนใช้

นางสาวสุพิชญา ศิลสารรุ่งเรือง : ผู้สรุป

หัวข้อเสวนา เรื่อง การสร้างนักกู้ชีพเพื่อสื่อสารสาธารณะ

<p>วิทยากร</p> <p>คุณเมธา ราชพงศ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ จ.สงขลา</p> <p>คุณวรรณิ มีฆวด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช</p> <p>คุณอัมภางค์ ทิพย์ชัยมงคล อบต.โทรโสภา จ.สุราษฎร์ธานี</p> <p>ผู้ดำเนินการเสวนา คุณสุวภัทร อภิภูยานนท์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</p>	
--	--

ห้องประชุม ประกายเพชร 1 เริ่มเวลา 08.30 -10.30

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างนักกู้ชีพสื่อสารสาธารณะ
 2. การใช้ข้อมูลเพื่อสร้างสื่อสารสาธารณะ

สรุปสาระสำคัญ

คุณวรรณิ มีฆวด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ทิศทางของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากการสร้างนักข่าวโดยนักกู้ชีพ การส่งภาพจากนักกู้ชีพ การหาเครือข่าย การแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ซึ่งปัญหามาจากการขาดเรื่องความใส่ใจ การดูแลสุขภาพ การไม่ปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย ความจริงที่ทำให้คนตายบนท้องถนน กลับไม่มีคนที่สนใจ เพราะไม่ใช่เรื่องของตนเอง ทุกนาที่จะมีคนตายจากเพราะอุบัติเหตุ

สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีสัญญาณแรงพอ การมีสื่อสารสนเทศที่ดี ที่ทำให้ประชาชน ได้รับรู้และทราบถึงผลกระทบต่อประเทศชาติอย่างไร ซึ่งบางครั้งมาจากสถานที่ และสิ่งที่บอกเช่นไฟ ไม่ดี ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุ การทำประชาคมร่วมกันแก้ไขปัญหา การใส่ไฟจราจรในจุดที่มีผู้เสียชีวิต ส่งผลให้ลดการตาย และไม่มีตายในจุดนั้น

การแก้ไขปัญหาต่างๆ แบบทางใช้หลักวิชาการ สิ่งที่ยังขาดนักวิชาการที่เข้ามาแก้ไข หากมีนักวิชาการเข้าร่วมแก้ไข การทำข้อมูลจะช่วยส่งผลให้เกิดความเชื่อถือ ในการเสนอระดับผู้บริหารระดับจังหวัด

คุณเมธา ราชพงศ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ อ.นาทวี จ.สงขลา

การใช้ข้อมูลและเครือข่าย ในการแก้ไขปัญหาผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร โดยการวิเคราะห์สาเหตุจากเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งทุกพื้นที่สามารถดูข้อมูล การใช้สื่อข้อมูลอุบัติเหตุจากเว็บของบริษัทกลางๆ ซึ่งบอกจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยแค่ไหน และนำมาการดำเนินการโดยการจัดประชุมคณะทำงาน ระดับจังหวัด โดยผ่านทางปภ. และผู้ว่าเป็นประธาน

จากเหตุการณ์ต่างๆ การเก็บข้อมูลจากพื้นที่ประสบเหตุบ่อย นำเอาข้อมูลมาพิจารณา และเชิญชวนเครือข่าย แขวงทาง ปภ. ร่วมกับชาวบ้านในพื้นที่ เข้าร่วมแก้ไข โดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ การแก้ไข การปรับปรุงภูมิทัศน์ การขับเคลื่อนโดยใช้ยุทธศาสตร์ 5ช 5ส โดยนำมาปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่

จากการร่วมแก้ไขของเครือข่ายส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุหรือการตายจากอุบัติเหตุจราจร ที่จุดเสี่ยงและเกิดบ่อยครั้ง ทำให้ลดอุบัติเหตุได้ชัดเจน และไม่มีผู้เสียชีวิตจากจุดเสี่ยงอีก

คุณอัมภวรงค์ ทิพย์ชัยมงคล อบต.ไทรโสภา จ.สุราษฎร์ธานี

อบต.ไทรโสภา จังหวัดสุราษฎร์ธานี การขยายผลต่อกับชาวบ้าน โดยอาศัยการเข้าถึงตัวคนในชุมชน ในการกระจายข่าว การแก้ปัญหาจากการสังเกตในพื้นที่ที่มีรถนักเรียนผ่าน และมีรถพ่วงตาม เมื่อมองแล้วหากเกิดอุบัติเหตุ คงมีแต่ผู้เสียชีวิต เริ่มจากการพูดคุยกับคนขับรถในพื้นที่ และผู้ปกครอง เกี่ยวกับการรับส่งนักเรียน ในจุดที่กำหนด โดยใช้กระบวนการสื่อสารกับผู้นำชุมชน และประชุมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำการสำรวจพื้นที่ กำหนดจุดจอดของรถรับส่งนักเรียน การแก้ไขโดยการติดตั้ง แสดงจุดจอดรับส่ง หลักจากดำเนินการสำรวจ ไม่มีเกิดอุบัติเหตุ และผลดีต่อเนื่อง ซึ่งแขวงทางก็นำป้ายเข้ามาติด บอกจุดรับส่งนักเรียน ป้ายเตือนต่างๆ

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. การใช้สารสนเทศในการสื่อสารสู่สาธารณะ ในการบอกตำแหน่งที่เป็นจุดเสี่ยง
2. ทำอย่างไรไม่ให้ตายอีก ในพื้นที่ จำเป็นต้องเล่า และหามาตรการแก้ไข
3. การใช้ข้อมูลเข้ามาแก้ไข โดยให้ความสำคัญของข้อมูล และการแก้ไขอย่างจริงจัง และเข้าสู่ระดับเวทีต่างๆ เชิญเข้ามาแก้ไข
4. การรวมพลังในการแก้ไขปัญหาการป้องกันอุบัติเหตุ

5. การสร้างความรู้ให้กับคนในพื้นที่ ช่วยให้เขาเปลี่ยนพฤติกรรม
6. การเปลี่ยนแปลงเกิดจากคนทั่วไป และเกิดความร่วมมือ และทำหน้าที่ให้ดีที่สุด การเชื่อมโยงเครือข่าย และคุยกันอย่างเป็นมิตร
7. การเริ่มจากตัวเรา การแก้ไขด้วยตัวเรา นำบทเรียนมาแก้ไขปัญหา และมาป้องกันกันอย่างไร
8. การใช้ข้อมูล การสื่อสาร การทำงานร่วมกับภาคี การตระหนัก ช่วยลดอุบัติเหตุ

นายไสรจจะ ชูแสง : ผู้สรุป

Workshop เรื่อง การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

วิทยากร ผศ.นพ.ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ห้องประชุม ห้องทับทิม 1 เริ่มเวลา 8.30 – 10.30 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้ concept เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Pre- Hospital Trauma Life Support = PHTLS) ตามหลักการของอเมริกา
2. สาธิตการปฏิบัติการช่วยเหลือคนไข้

สรุปสาระสำคัญ



Pre-hospital trauma care เป็นหลักสูตรการดูแลตั้งแต่ที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนถึงโรงพยาบาล เป็น Concept ของอเมริกา ที่ดูแลที่ scene ให้น้อยที่สุดไม่เกิน 10 นาที และเป็นการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย Concept ดังนี้

1. First Priority หลักการแรกที่สำคัญที่สุดคือความปลอดภัยของผู้ออกเหตุ ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ ต่อเนื่องไปจนถึงที่เกิดเหตุ
2. PPE ชุดป้องกันส่วนบุคคลในการออกเหตุ โดยเฉพาะผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจะมีเลือด
3. Safety ให้คำนึงถึงไม่มี scene ไหนปลอดภัย 100% ต้องดูตั้งแต่การจราจร อากาศ ชุดปฏิบัติงาน การจอดรถห่างจากจุดเกิดเหตุไม่น้อยกว่า 100 ฟุต แต่ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพพื้นที่เกิดเหตุด้วย
4. Situation ให้ยึดหลักการ METHANE

5. ถ้า scene ไม่ปลอดภัยก็ทำให้ปลอดภัย แต่ถ้าไม่ปลอดภัยจริงๆ เราจะไม่ออกไป
6. ต้องดูว่ามีสารเคมีหรือไม่ ต้องห่างไม่น้อยกว่า 360 ฟุตจากจุดศูนย์กลาง แต่ขึ้นกับชนิดของสารเคมีด้วย
7. เราต้องอยู่ที่ จุด Cold Zone
8. อัตราตายจากอุบัติเหตุ มากกว่า 5.8 ล้านคน เกิดกับกลุ่มวัยทำงาน และประเทศไทยเป็นอันดับ 2
9. PHTLS หลักการขึ้นกับศักยภาพเรา และสภาพผู้ป่วย อุปกรณ์ที่เรามี เราต้องดูแลผู้ป่วยตามสภาพที่จำเป็น และส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดและเหมาะสม เลือกรถวิธีการส่งที่เหมาะสม เช่น โดยรถเฮลิคอปเตอร์
10. การทำงานเป็นทีม ต้องมีหัวหน้าทีม และประเมินตามสถานการณ์
11. การทำงานร่วมกันระหว่างทีมอื่น เช่น ทีม advance กับทีม Basic
12. การประเมิน ABC ให้เร็วที่สุด แต่ก่อนประเมิน ABC ต้องประเมิน conscious แต่ก่อนเรียกคนไข้ต้อง Fix C-spine ก่อน เพราะหากเรียกคนไข้จะพยักหน้าหรือหันหน้า
13. ประเมินการหายใจ ต้องเปิดดูหายใจเร็ว-ช้า และดู Oxygen sat ไม่น้อยกว่า 95%
14. Hypovolemic Shock ดู Circulation การวัด Vital sign อาจไม่ได้ใช้พัน cuff แต่ใช้การคลำ Pluses จุดต่างๆ ที่คอ แขน ขาหนีบ
15. ประเมิน ABC เสร็จต้องตัดสินใจว่าจะนำผู้ป่วยส่งที่ไหน ระหว่างนั้นอาจมีการขอความช่วยเหลือคนที่อยู่ใกล้เคียงในการยกผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยที่สุด คำนึงถึง C-spine
16. ประเมินว่าการช่วยผู้ป่วยที่ scene กับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล อย่างไรทำได้เร็วกว่ากัน
17. การสื่อสารสั้นกระชับ ชัดเจน
18. Mechanism of injury เช่น กรณีรถชนต้องประเมินในห้องคนขับว่า Air-bag ทำงานหรือไม่ เบาะคนขับเป็นอย่างไร เพื่อดูว่าคนไข้จะมีบาดเจ็บจากการกระแทกที่หน้าอก? ที่คอ? เป็นต้น
19. จากการศึกษาผู้ป่วยที่ไม่ให้ IV กับให้ IV ผู้ป่วยที่ไม่ให้รอดมากกว่า เพราะใช้เวลาที่ scene น้อยกว่า และบางทีการให้ IV คนไข้จะมีความดันขึ้น
20. หากประเมินแล้วคนไข้ยังพอหายใจเองได้ เราไม่จำเป็นต้องทำหัตถการทุกอย่าง ให้เรารับนำส่ง รพ. เพราะที่ รพ. ทรัพยากรพร้อมกว่า

ภาพการสาธิตและทดลองฝึกปฏิบัติ



ฝึกการช่วยเหลือผู้ป่วยถูกแทงที่ท้อง

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

การออกเหตุปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตัวเอง และประเมินตัดสินใจในการช่วยเหลือ ตามศักยภาพของเรา ลักษณะผู้ป่วย อุปกรณ์ที่เรามีตอนนั้น และนำส่งให้เร็วที่สุด รพ.ที่เหมาะสม

นางสาวสุพิชญา ศีลสารรุ่งเรือง : ผู้สรุป

บรรยาย เรื่อง การขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ



โดย นพ.ประกิจ สารเทพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

ห้องประชุม ทับทิม 2 เริ่มเวลา 08.30-10.30 น.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบการขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินสู่การปฏิบัติในระดับเขตสุขภาพ
2. เพื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

สรุปสาระสำคัญ

1. ทิวทัศน์ของนโยบาย

- 1.1 นโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ pre hospital
- 1.2 นโยบายการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน
สืบเนื่องจากนโยบายรัฐบาลต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดี เพื่อรองรับการพัฒนาเศรษฐกิจ
ประเทศที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 80 ปี โดยมีอายุสุขภาพดีมากกว่า
70 ปี กระทรวงสาธารณสุขวิเคราะห์ว่าอะไรเป็นปัจจัยที่จะทำให้ประชาชนสุขภาพไม่ดี เพื่อ
ตอบสนองการแก้ปัญหาของประเทศ ดังนั้น กระทรวงจึงมีมาตรการในการพัฒนาผู้ให้บริการมี
ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนงบประมาณ และอุปกรณ์เครื่องมือที่เพียงพอ
- 1.3 ก่อนปี ๒๕๕๘ service plan เน้นอุบัติเหตุอย่างเดียว ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ service plan ปรับให้
ครอบคลุม 3 ส่วน คือ trauma emergency, non trauma emergency และ disaster
management จึงเรียกว่า service plan สาขานี้ว่า “Emergency Care System; ECS”

2. การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติการปี ๒๕๕๙ แบ่งกระบวนการทำงานเป็น ๔ ส่วน คือ

2.1 การเตรียมระบบข้อมูล ดังนี้

- บูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน เพราะมีผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ ฐานข้อมูลตำรวจ สัมผัสข้อมูล
ตั้งแต่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ, ฐานข้อมูลบริษัทกลาง เป็นข้อมูลการเบิกจ่ายจากอุบัติเหตุ และ
ฐานข้อมูลรพ. การบูรณาการข้อมูล โดยนำข้อมูลมาทำ intersect กัน เพื่อให้ได้ข้อมูลแม่นยำ
เที่ยงตรง
- การสอบสวนสาเหตุการตาย นำเสนอข้อมูลต่อศูนย์ถนระดับจังหวัด อำเภอ เพื่อใช้ป้องกัน
อุบัติเหตุ
- ผลที่ได้ คือ มีข้อมูลการตายและสาเหตุการตายที่แท้จริง

2.2 การป้องกัน

- การแก้ไขจุดเสี่ยง
- การบังคับใช้กฎหมาย
- มาตรการองค์กร
- มาตรการด้านชุมชน

2.3 การรักษาพยาบาล

- จัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุในรพ.ทั่วไป
- การพัฒนาระบบ pre hospital
- การพัฒนาห้อง ER

2.4 การบริหารจัดการ

- สธฉ.เปิด EOC กำกับ ติดตาม
- M & E ทา best practice
- มีศูนย์ถนระดับจังหวัด อำเภอ DHS

3. การพัฒนา Trauma Emergency

Input

- 1) Injury Surveillance (IS)
- 2) ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
- 3) บูรณาการการเสียชีวิต ๓ ฐาน (ตำรวจ, ประกัน, สาธารณสุข)
- 4) ข้อมูลการสอบสวนการบาดเจ็บ
- 5) การทบทวนเวชระเบียน

Output

- 1) รูปรธรรม การพัฒนา การแก้ปัญหา Trauma Audit
- 2) In-Hospital Improvement EMS, ER, Fast Track Surgical Emergency Definitive care
- 3) Network
 - ผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ, สสจ., รพช.
 - DHS, ศูนย์ถน, ฯลฯ

กระทรวงสาธารณสุข คาดหวัง TEA unit คือ Trauma & Emergency Administration Unit

บทบาท หน้าที่ TEA unit

- 1) พัฒนา รวบรวม ข้อมูล
- 2) วิเคราะห์ สังเคราะห์
- 3) ประสานงาน ส่งมอบผลผลิต เพื่อดำเนินการ
- 4) ติดตาม กำกับ
- 5) พัฒนาเครือข่าย

Key Success Factor

- 1) ผู้รับผิดชอบ
- 2) ผู้บริหาร
- 3) ระบบข้อมูล
- 4) กลไกความร่วมมือ
- 5) เครือข่าย ความมุ่งมั่น

4. Non-Trauma Emergency

4.1 Fast track Integration (All tracts, STEMI, Stroke)

4.2 Onset to door ตั้งแต่รับรู้อาการจนถึงรพ., Door (รพ.) to Definitive care

- พัฒนาระบบการจัดการให้ผ.ก.กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้ปช.รู้ pre hospital คัดกรองและนำส่งรพ.ให้เร็วที่สุด

- พัฒนาระบบการจัดการให้ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ หรือหลอดเลือดแตก golden hour 4.5 ชั่วโมง นั่นคือ ตั้งแต่มีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง ดังนั้น จึงพัฒนาช่องทางด่วน

4.3 Public Awareness การสร้างรับรู้ภาวะฉุกเฉิน

4.4 Out of Hospital Cardiac Arrest มีนโยบาย public AED เพื่อให้สามารถช่วยผ.หัวใจหยุดเต้นนอกรพ.

5. Disaster management

- วิเคราะห์ hazard risk and impact survey
- การใช้ Disaster management plan (2P2R)
- คณะกรรมการระดับหน่วยบริการ จังหวัด เขต
- ระบบการเฝ้าระวังการเกิดภัยพิบัติ
- สธฉ. Central EOC

- ระบบการสั่งการ ICS
- ระบบรายงาน
- การซ้อมแผนภัยพิบัติ

6. ตัวชี้วัด Service Plan : Trauma & Emergency ของกระทรวงสาธารณสุข

- 1) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร เป็น KPI ระดับ Roadmap คณะ 1
- 2) อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองลดลง เป็น KPI ระดับ Roadmap เก็บที่เขต
- 3) อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score (ค่าโอกาสรอดชีวิต) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 ผู้บาดเจ็บไม่สมควรตาย (รพ.ระดับ A)
- 4) มีการประเมินความเสี่ยง & จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ
- 5) ER คุณภาพ
- 6) อัตราส่วนผู้ป่วยสีแดง (Triage level 1) และ Fast track (Level 2) ที่มาด้วยระบบ EMS
- 7) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1 และ 2) ที่รับไว้ใน รพ. ภายใน 24 ชั่วโมง
- 8) Trauma & Emergency Administration Unit Implementation

ข้อมูล 3-5 KPI ส่งสำนักตรวจ (ตรวจราชการ)

ข้อมูล 6-8 KPI เก็บที่ระดับเขต

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

ข้อเสนอการขับเคลื่อนตัวชี้วัดระดับเขต แบ่งระบบการขับเคลื่อนเป็น 4 ส่วน คือ 1) Trauma Emergency 2) Non-Trauma Emergency 3) Disaster Management 4) Trauma Administration Unit

1. Trauma Emergency

- 1.1 อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร
- 1.2 อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองลดลง
- 1.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 (รพ.ระดับ A,S)
- 1.4 มีการทบทวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่มีโอกาสรอดมากกว่า 0.75 ในโรงพยาบาลระดับ A และ S และ ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตที่มีค่า
- 1.5 Revise Trauma Score แรกรับที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป (5-7.84) ของโรงพยาบาล ระดับ M, F สามารถทำ Root Cause Analysis และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 100%
- 1.6 อัตราการแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 (ทั้ง 1st call และ 2nd call) การวิเคราะห์ Root Cause Analysis สรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น

2. Non-Trauma Emergency

- 2.1 อัตราผู้ป่วยสีแดง (Triage level 1) และ Fast track (Level 2) ที่มาด้วยระบบ EMS
- 2.2 อัตราผู้ป่วยสีแดง (Triage level 1) และ Fast track (Level 2) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใน 8 นาที ตั้งแต่ได้รับแจ้งเหตุ
- 2.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1 และ 2) ที่รับไว้ใน รพ. ภายใน 24 ชั่วโมง
- 2.4 การกลับฟื้นคืนชีพของผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าหัวใจหยุดเต้น ณ จุดเกิดเหตุ ที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน “ROSC” โดยดูประสิทธิผลของ CPR & AED หรือ defibrillator
- 2.5 อัตราผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่เข้าระบบ Stroke Fast Track ของโรงพยาบาล (Onset to door)
- 2.6 Door to drug ไม่เกิน 30 นาที หรือ Door to PCI ไม่เกิน 90 นาที ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (STEMI)
- 2.7 ER คุณภาพ สิ่งที่กระทรวงต้องการ คือ ให้มีการประเมิน ER คุณภาพในทุกๆ ปี แล้วเปรียบเทียบผลการประเมินตนเองในแต่ละปีว่ามีความก้าวหน้าหรือไม่ และจะวางแผนยกระดับอย่างไร

3. Disaster Management

- 3.1 มีการประเมินความเสี่ยง & จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ
- 3.2 มีการฝึกซ้อมแผนในการรองรับอุบัติภัยหมู่หรือภัยพิบัติตาม

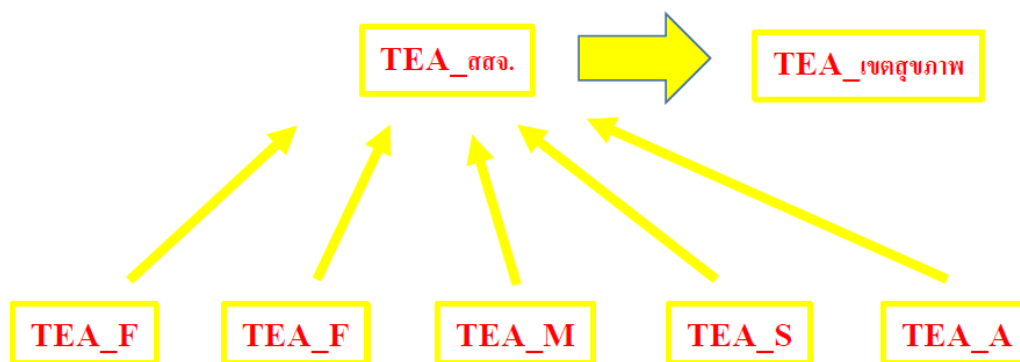
ผลของการประเมินความเสี่ยง

ความเสี่ยง		ความรุนแรง				
		๑	๒	๓	๔	๕
โอกาส	๑					
	๒					
	๓					
	๔					
	๕					

4. Trauma emergency Administration Unit = TEA Unit

4.1 ประเมินจากความสามารถในการส่งรายงานตัวชีวิต รวมถึงรายงานการทบทวนผู้ป่วย ทุก ___ เดือน

4.2 ควรจะแสดงให้เห็นว่า มี Trauma & Emergency Administration Unit ทุกระดับ และ flow การไหลของข้อมูลจากรพ.ระดับต่าง ๆ ส่งมา สสจ. > สสจ.ส่งมา เขต ตามแผนผัง



4.3 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลตาม service plan ECS ในโรงพยาบาล

Service plan_Emergency Care System โรงพยาบาล _____ จังหวัด _____ ประจำปีเดือน _____ 2559

ลำดับ	ข้อมูลการให้บริการ	ผลการดำเนินงาน
1.	จำนวนผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บทั้งหมดที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน (ประจำเดือน)	ราย
2.	จำนวนผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บในแผนกฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดกรอง 5 ระดับ (ราย) (ประจำเดือน)	
ระดับ 1 (Triage Level 1)		ระดับ 2 (Triage Level 2)
A : จำนวน :	ราย	E : จำนวน :
B : เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง :	ราย	F : เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง :
C : มาโดย EMS :	ราย	G : ระดับ 2 ที่เป็น Fast Track :
D : ปฏิบัติการภายใน 8 นาที :	ราย	H : Fast track ที่มาโดย EMS :
ระดับ 3 :	ราย	ระดับ 4 :
ระดับ 5 :	ราย	ระดับ 5 :
3.	อัตราผู้ป่วย Triage level 1 และ Fast track ที่มาด้วยระบบ EMS = $[(C + H) / (A + G)] \times 100$	%
4.	อัตราผู้ป่วย level 1 และ Fast track ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที = $[(D + I) / (C + H)] \times 100$	%
5.	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย level 1 และ 2 ที่รับไว้ใน รพ. ภายใน 24 ชั่วโมง = $[(B + F) / (A + E)] \times 100$	%
6.	A : ผู้ป่วยที่ Dx. Cardiac arrest ที่มาโดย EMS และได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพจนหัวใจกลับมาเต้นและ Admit ได้	ราย
	ผู้ผู้ป่วยที่ Dx. Cardiac arrest ณ ห้องฉุกเฉินทั้งหมด :	ราย
	B : ผู้ป่วยที่ Dx. Cardiac arrest มาโดย EMS :	ราย
	การกลับฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่ Dx. Cardiac arrest ณ จุดเกิดเหตุ ที่มาด้วยระบบ EMS $(A / B) \times 100$	%
7. เฉพาะ S , A	A : จำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ 0.75 (โรงพยาบาลระดับ S และ A) และเสียชีวิต	ราย
	B : จำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ 0.75 (โรงพยาบาลระดับ S และ A) ทั้งหมด	ราย
	อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ 0.75 $(A / B) \times 100$	%
8. เฉพาะ M , F	A : จำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Revised Trauma Score (โรงพยาบาลระดับ M และ F) ≥ 5 และเสียชีวิต	ราย
	B : จำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Revised Trauma Score (โรงพยาบาลระดับ M และ F) ≥ 5 ทั้งหมด	ราย
	อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่มีค่า Revised Trauma Score ≥ 5 $(A / B) \times 100$	%
9.	จากการทบทวนแบบสหสาขาวิชาชีพในผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps Score ≥ 0.75 หรือค่า Revised Trauma Score ≥ 5 และเสียชีวิต พบว่าเป็น [] Preventable death.....ราย [] Unpreventable death.....ราย	
	หากเป็น Preventable death พบว่า โอกาสพัฒนาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ขั้นตอนใด	
	[] การเข้าถึงและเข้ารับบริการ.....ราย [] การประเมินผู้ป่วย.....ราย [] การวางแผนดูแลผู้ป่วย.....ราย	
	[] การดูแลรักษาเบื้องต้น.....ราย [] การดูแลรักษาต่อเนื่อง.....ราย [] การให้ข้อมูลและเสริมพลัง.....ราย	
10.	A : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ Activate Fast Track	ราย
	B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งหมด	ราย
	อัตราผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เข้าระบบ Fast Track ของโรงพยาบาล (Onset to door) $(A / B) \times 100$	%
11.	A : ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการดูแล Door to drug ไม่เกิน 30 นาที หรือ Door to PCI ไม่เกิน 90 นาที	ราย
	B : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI ทั้งหมด	ราย
	อัตราผู้ป่วย STEMI : Door to drug ไม่เกิน 30 นาที หรือ Door to PCI ไม่เกิน 90 นาที $(A / B) \times 100$	%

ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดนิยามและแหล่งที่มาของข้อมูล รวมทั้งการเชื่อมโยงไปยังการสร้าง public awareness เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ลดอัตราการตายและพิการ เพื่อให้สอดคล้องนโยบายรัฐบาล

นส.อุรา สุวรรณรักษ์ : ผู้สรุป

หัวข้อ เสวนา เรื่อง EMS ในพื้นที่เปราะบาง



โดย

1. นพ. รุสตา สาระ โรงพยาบาลปัตตานี
2. พอ. นพ. โชคชัย ขวัญพิชิต ศูนย์แพทย์จังหวัดทหารบก จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ผศ. นพ. ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้ดำเนินการเสวนา

นพ. วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ห้องประชุม ประกายเพชร เวลา 10.30 – 12.00 น.

วัตถุประสงค์

เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุในพื้นที่เปราะบางในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ และลำเลียงส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโดยหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

สรุปสาระสำคัญของ EMS ในพื้นที่เปราะบาง

1. เชื่อมโยงข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ในมุมมองของพื้นที่
2. สถานพยาบาลโรงพยาบาล รับผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุ Care on scene
3. หน่วยงานทางทหารสนับสนุนการส่งต่อลำเลียงทางอากาศ Air transport
4. โรงพยาบาลรับส่งต่อปลายทาง Definitive care

นพ. รุสตา สาระ โรงพยาบาลปัตตานี

1. ข้อเท็จจริง ลักษณะการระเบิดในพื้นที่

- 1) การดูแลเบื้องต้นเหมือนกับอุบัติเหตุอื่นๆ
- 2) การเคลื่อนย้ายอย่างรวดเร็ว เพิ่มโอกาสรอดชีวิต
- 3) การใช้หลักการของอุบัติเหตุภัยหมู่ ไม่มีการรักษาระหว่างคัดแยก
- 4) การรักษา ณ จุดเกิดเหตุให้น้อยที่สุด

ข้อควรระวัง:

- ระเบิดในที่ปิดอนุภาพจะรุนแรง (ระวางโครงสร้างจะพัง)
- ระมัดระวังระเบิดลูกที่สอง

- ผู้บาดเจ็บอาจมีอาวุธ (รวมทั้งเจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคงด้วย)

2. สิ่งที่ได้เรียนรู้การปฏิบัติงาน EMS

- ปี 2547 : มีการล้อมผู้ก่อการร้ายในพื้นที่ ต.บานา
- การออก EMS ในสถานการณ์ ต้องขออนุญาตผู้บริหาร
- ใช้ FR เป็นหลัก
- FR ปฏิบัติตามคำสั่งศูนย์สั่งการเสมอ

3. การเตรียมความพร้อมของทีม EMS

- พัฒนาศักยภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดย FR
- อุปกรณ์นิรภัย/อุปกรณ์ป้องกันตัวหน่วย EMS
- การฝึกเบื้องต้นเพื่อลดอันตรายจากระเบิด
- แสวงเครื่องในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

พอ.นพ.โชคชัย ขวัญพิชิต ศูนย์แพทย์จังหวัดทหารบก จังหวัดชายแดน ภาคใต้

1. การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแบบบูรณาการ โดยการพิจารณาปัจจัยปัญหาในพื้นที่เปราะบาง
 - จำเป็นต้องแสวงหาข้อมูล ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา
 - โดยกระบวนการติดตาม ประสาน ควบคุม สั่งการ
 - 1) พื้นที่ปลอดภัย
 - อากาศยาน แพน LZ
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไปยังจุดนัดพบ
 - 2) ช่องทางการสื่อสาร กำหนดแผนหลัก รอง เผชิญเหตุ เพื่อให้ถูกที่ ถูกคน ถูกเวลา
 - 3) การประเมินผู้ป่วย การคัดแยก Triage
 - จำนวน และความรุนแรง
2. สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ Lesson learnt 2015
 - Communication with Radio, Line & Runtastic App
 - More Integration Nearly complete
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ Important Key of Success
 - Command
 - Control

- Communication
- Information (Medical, Flight)

ผศ.นพ.ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1. การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีศักยภาพ
2. การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ
 - การพัฒนาศักยภาพ การฝึกอบรมและการสร้างการเรียนรู้
 - การปรับปรุงโครงสร้างและทรัพยากร
 - พัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - กำหนดแนวปฏิบัติ
 - แสวงเครือข่าย และการเชื่อมร่วม
 - เพิ่มพูนประสบการณ์ และแนวทางการพัฒนา (CQI)

ข้อเสนอแนะจากผู้นำเสนอ

1. กระบวนการ PDCA การทบทวนและพัฒนาระบบการทำงาน
2. ควรกำหนด Protocol ในการปฏิบัติที่ชัดเจน
3. ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความจำเป็น
4. การ MOU และการดำเนินงานในพื้นที่หน้างาน เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงดำเนินงานในพื้นที่
5. การทำงานกับหน่วยงานภาคี ร่วมมือกันในการพัฒนาระบบอย่างยั่งยืน

สุวภัทร อภิญญานนท์ : ผู้สรุป

ภาพพิธีมอบรางวัลผู้ชนะเลิศผลงานทางวิชาการและคนดีศรีภาคใต้

การประกวดผลงานวิชาการ



การมอบรางวัลคนดีศรีภาคใต้



ภาพการส่งมอบการประชุมครั้งที่ 2 ให้กับจังหวัดสงขลา